

OBRAZ CIAŁA I SAMOOCENA OSÓB Z CHOROBA NOWOTWOROWĄ KRWI PO CHEMIOTERAPII

BODY IMAGE AND SELF-ESTEEM OF PATIENTS WITH ONCOHEMATOLOGICAL DISEASES AFTER CHEMOTHERAPY

Aleksandra Katarzyna Tomasiewicz

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii UJ

Kierownik: dr med. Maciej Pilecki

**body image
self-esteem
chemotherapy**

Autorka, na podstawie przeprowadzonych badań, wskazuje na zależność pomiędzy obrazem ciała, samooceną oraz emocjami przeżywanymi w związku z chorobą nowotworową i leczeniem. Artykuł może być pomocny w pracy z pacjentami z zaburzeniami somatycznymi.

Summary

Aim. To measure interactions between body image and self-esteem in patients with onco-hematological diseases.

Method. The study included 30 patients with diagnosis of acute leukemia or lymphoma at the beginning of chemotherapy and control group of 30 healthy people. The study uses a structured interview, Body Image Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Tennessee Self Concept Scale, Profile of Mood States.

Results. The higher level of concerns, care and poorer body image in patients body was found in comparison to controls. The correlation between body image and self-esteem in patients with onco-hematological diseases has also been confirmed. A relation between positive attitude towards the body and reduction of tension and anxiety was found. Depression was associated with a change in attitude towards the body. Patients who have a higher level of self-esteem, like their bodies more. The more they are occupied with how their body looks, the higher the level of interest of negative emotions and moods they show.

Conclusions. There is a relationship between body image and feelings in patients with onco-hematological diseases after intensive treatment with chemotherapy. Body image in this case is poorer, than in healthy people.

Wstęp

W XX wieku ciało stało się jednym z podstawowych elementów ludzkiej tożsamości. Zdaniem Giddensa [1], wygląd ciała i sposób bycia wyraźnie nabierają szczególnego znaczenia z nastaniem nowoczesności. W kulturach przednowoczesnych wygląd był z reguły znormalizowany ze względu na tradycyjne nakazy. Miał przede wszystkim znamionować tożsamość społeczną, a nie podkreślać osobowość jednostki. Dzisiaj wygląd zewnętrzny staje się głównym elementem prezentowania własnego Ja. Jest nie tylko zasadą czynnego konstruowania tożsamości, ale także dotyczy wprost ciała.

Ciało jest również przedmiotem refleksji filozoficznej — Turner używa sformułowania „społeczeństwo somatyczne”, by podkreślić jego obecność na scenie politycznej i kulturowej. Tzw. kultura ciałacentryczna doprowadza do tego, iż samoświadomość określana jest przez ciało, tożsamość jest przez nie konstruowana, a percepcja świata odbywa się

głównie dzięki niemu i poprzez nie [2]. Schilder [za: 3, s. 3] w swojej książce *The image and apperance of the human body* po raz pierwszy użył pojęcia „body image”, określając tak obraz ciała tworzony w naszych umysłach, sposób, w jaki nasze ciało jawi się nam samym¹ [3].

Współcześnie obraz ciała rozumiany jest bardzo różnie: Thompson [4] uważa, że „obraz ciała jest wszystkim”, natomiast zgodnie z koncepcją Casha i Pruzinsky’ego [za: 5] możemy go rozumieć jako strukturę umysłową, która przedstawia indywidualne doświadczenia związane z wyglądem własnego ciała w różnych wymiarach, tj. poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym. Z kolei Grogan w swojej książce określa obraz ciała jako „spostrzeżenia, uczucia i myśli [dotyczące] swojego ciała” [3, s. 3]. Różnorodność definicji potwierdza, iż temat obrazu ciała budzi w ostatnim czasie coraz większe zainteresowanie wśród naukowców, głównie z powodu obowiązujących obecnie wzorów kulturowych, ale również ze względu na negatywne konsekwencje wynikające z zakłóceń w jego obszarze. Staje się on inspiracją zarówno dla psychologów, socjologów, jak i lekarzy [6, 7].

Naukowcy i klinicyści od dawna dyskutują na temat istotności obrazu ciała u dorosłych chorujących na choroby nowotworowe, w tym zwłaszcza raka. Za zasadniczy uznawany jest tutaj wpływ leczenia onkologicznego nie tylko na ciało, ale również na integralność cielesną [8]. Część nowotworów powoduje widoczne zmiany, jak zniekształcenie głowy i szyi, jednak te mniej zauważalne (dotyczące np. krwi lub układu limfatycznego) mogą również mieć w sposób znaczący negatywny wpływ na obraz siebie [9]. Większość literatury dotyczącej obrazu ciała w chorobach nowotworowych skupia się nad zmianami w doświadczaniu siebie i swojego ciała, które powstają w wyniku zabiegów chirurgicznych, takich jak mastektomia czy stomia. Badania te informują o zubożeniu obrazu ciała i jego wpływie na ogólny stan psychiczny pacjentów. Niewielka liczba publikacji przedstawia ten problem w kontekście chorób nowotworowych krwi, a przecież wywołane nimi z pozoru niewidoczne zmiany mogą znacząco oddziaływać na obraz siebie i swojego ciała. W polskiej literaturze nieznane są wyniki badań dotyczących obrazu ciała w zakresie onkohematologii, a i na świecie zagadnienia te są rzadko przedmiotem rzetelnych prac naukowych [za: 5]. Pierwsze badania, które dotyczyły obrazu ciała, przeprowadzono wśród kobiet poddanych mastektomii i to właśnie tej grupy dotyczy większość uzyskanych wyników. Słabo zbadane są zależności pomiędzy obrazem ciała a innymi typami nowotworów [10]. Badania dotyczące młodych kobiet, u których wykryto raka piersi, donoszą, iż większość z nich borykała się z problemem związanym ze zmianą obrazu ciała. Doświadczały one zażenowania, zawstyżenia, a także martwiły się o swoją atrakcyjność seksualną i kobiecość [11]. Nie tylko leczenie chirurgiczne, ale też chemioterapia może być przyczyną zarówno fizycznych, jak i psychicznych zmian oddziaływających na życie pacjenta. Poddanie się leczeniu może wpłynąć na odbiór własnej atrakcyjności i społecznej akceptacji [12].

Choroba nowotworowa zaburza wizerunek własnego ciała. Diagnoza może stać się przyczyną zmiany jego doświadczania. Chory utożsamia czasami nowotwór z „niepożądanym produktem” ciała, które zaczyna być postrzegane jako inne, różne od Ja. Traci przez to zaufanie do swojego ciała, nie jest w stanie kontrolować zachodzących w jego obrębie zmian. Walka z chorobą staje się synonimem walki z własnym ciałem [13]. Niezadowolenie

¹ „the picture of our own body which we form in our mind, that is to say, the way in which the body appears to ourselves”

z ciała to efekt uboczny zarówno nowotworu, jak i jego leczenia. Obraz ciała jako wielowymiarowy konstrukt ściśle wiąże się z czynnikami medycznymi i społecznymi u chorych na raka. Proces leczenia może stanowić przyczynę wielu czasowych oraz stałych zmian w fizycznym wyglądzie pacjenta.

Wiele osób przeżywających stres związany z rakiem (nowotworem) koncentruje się na wyglądzie i zmianach zachodzących podczas leczenia. Część nowotworów powoduje zmiany na zwyczajowo odsłoniętych częściach ciała, co budzi wstyd u chorych, jednak te mniej dostrzegalne, związane np. z obrzękiem limfatycznym, potrafią równie mocno wpływać na widzenie siebie. Szybkość, z jaką pojawiają się zmiany w wyglądzie, może stanowić czynnik wpływający na psychologiczne przystosowanie się do choroby. Operacje stosowane w onkologii naruszają wizerunek własnego ciała. Chemioterapia wywołuje uczucie zmęczenia, błądność. Zarówno chemio-, jak i radioterapia powodują skutki uboczne natury biologicznej (niekontrolowane wymioty, biegunki, zaparcia, utrata włosów, zapalenie jamy ustnej) czy emocjonalnej (spadek libido, obawa przed kontaktem fizycznym i seksualnym). Dystres może wywołać objawy zaburzeń psychicznych. Zmiany w wyglądzie stają się dla pacjentów bardziej traumatyczne, gdy ingerują w ich funkcjonowanie (np. utrata mowy) [9].

Skutkiem terapii nowotworów jest poważne osłabienie sił żywotnych i wewnętrznych organów. W trakcie leczenia na pacjenta często patrzy się przez pryzmat zmienionych chorobowo narządów. Jest to wysoce destrukcyjne i nie pozwala na całkowitą rehabilitację [8].

Ostre białaczki i chłoniaki to choroby nowotworowe układu krwiotwórczego, które od lat zajmują znaczące miejsce w statystykach chorób nowotworowych [14]. Pozornie nie powodują one wyraźnych zewnętrznych oznak występującego procesu chorobowego. U niektórych pacjentów objawy tych chorób mogą być niezauważane przez osoby trzecie, choć są dostrzegane przez samego pacjenta lub wykazywane w badaniach lekarskich. Istotnym obciążeniem w przebiegu tych chorób jest leczenie z zastosowaniem chemioterapii. Jego skutki pojawiają się stopniowo, są przewidywalne i ustępują z czasem. Jak zatem wygląda wpływ chorób układu krwiotwórczego i ich leczenia na obraz siebie pacjenta?

Material

Celem badania było przedstawienie obrazu ciała i samooceny ludzi chorych onkohematologicznie, którzy zostali poddani intensywnemu leczeniu z zastosowaniem chemioterapii. Chemioterapia, podobnie jak inne metody terapii nowotworów, ma za zadanie wyeliminować zmienione nowotworowo komórki, jednak ten sposób leczenia różni się znacznie od innych metod, np. chirurgicznych. Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie, czy pozornie niewidoczne zmiany, jakie powoduje chemioterapia, mogą stać się istotne w strukturach obrazu ciała. Wyniki uzyskano poprzez porównanie grupy pacjentów z grupą kontrolną. Jako główną hipotezę badawczą przyjęto, że osoby chore poddane chemioterapii różnią się obrazem ciała oraz samooceną od osób zdrowych. Dodatkowo postawiono hipotezę o istnieniu współzależności pomiędzy obrazem ciała a samooceną w przypadku osób z chorobą onkohematologiczną.

Metoda

W badaniu wzięło udział 60 osób, z czego połowę stanowiła grupa badana, czyli osoby chore, będące pacjentami oddziałów hematologicznych w Krakowie, u których zdiagnozowano białaczkę ostrą lub chłoniaka i rozpoczęto chemioterapię. U większości z nich zauważalne były pierwsze skutki uboczne stosowanej terapii, jednak ogólny stan zdrowia był dobry. Grupę kontrolną stanowiło 30 zdrowych osób. Podział grupy badanej ze względu na płeć pozwolił przyjrzeć się różnicom w postrzeganiu ciała. Średnia wieku wśród kobiet uczestniczących w badaniu to 38 lat, a w przypadku mężczyzn 34 lata.

Dokładne dane przedstawia tab. 1.

Tabela 1. Wartości średniej (M), mediany (Me), wyniku najniższego (Min.) i najwyższego (Max.) oraz odchylenia standardowego (SD) w grupie badanej (gr. 0) i kontrolnej (gr. 1) dotyczące wieku badanych mężczyzn i kobiet

	Liczba badanych	M	Me	Min.	Max.	SD	Skośność	Kurtoza
Mężczyźni	30	34,43	27,5	19	55	14,24	0,26	-1,83
Kobiety	30	37,93	35,0	20	55	12,59	0,10	-1,47

Źródło: wyniki własne

Wiek stanowił bardzo istotny czynnik w badaniu ze względu na podobne prognozy wyzdrowienia dotyczące ludzi poniżej 60. roku życia, różne metody leczenia zależne od wieku oraz zmiany w obrazie ciała zarówno w wieku dojrzewania, jak i starości.

Zastosowane zostały następujące narzędzia badawcze:

Skala Samooceny Rosenberga (SES). Służy do badania samooceny jawnej oraz ukrytej, ujawniającej się spontanicznie, automatycznie i bez świadomej autorefleksji, oraz ogólnej postawy wobec siebie samego. Zbudowana jest z 10 twierdzeń, pięciu dotyczących ocen pozytywnych oraz pięciu wyrażających negatywny stosunek do własnej osoby [15].

Body Investment Scale (BIS) (Orbach I., Mikulincer M. [16]). Składa się z 24 twierdzeń zawartych w 4 podskalach: a — uczucia i postawy związane z obrazem ciała; b — poziom komfortu odczuwanego w kontaktach fizycznych z innymi ludźmi; c — troska i dbałość o ciało (w sensie pielęgnacji, dbania o komfort); d — zdolność do ochrony ciała.

Kwestionariusz Samopoczucia (D.M. McNair, M. Lorr, L.F. Droppleman, w adaptacji B. Dudka i J. Koniarka [17]). Składa się z 65 przymiotników określających różne stany i nastroje, w jakich może znajdować się człowiek. Służy do oceny zmian występujących w nastroju człowieka. Każdy z itemów szacuje się na pięciostopniowej skali określającej natężenie występowania danego stanu (0, 1, 2, 3, 4). Tworzące test przymiotniki składają się na 6 podskal charakteryzujących odrębne stany nastrojów czy odczuć: napięcie — niepokój (9 itemów); depresja — przygnębienie (15 itemów); gniew — wrogość (12 itemów); wigor — aktywność (8 itemów); znużenie — inercja (7 itemów); zakłopotanie — zmieszanie (7 itemów); życzliwość (7 itemów).

Test Samooceny — Skala Samokrytycyzmu i Ja fizycznego (William H. Fitts [18]). Ma wersję kliniczną i skróconą, w których skład wchodzi ten sam zestaw twierdzeń, jednak różnią się sposobem opracowania wyników. Składa się ze 100 twierdzeń służących do opisu własnej osoby. Wynik uzyskany przez osobę badaną to tzw. wskaźnik globalny pozytywny określający ogólny poziom samooceny. Oprócz niego można wyróżnić jeszcze osiem następujących kategorii: tożsamość; zadowolenie z siebie; zachowanie; Ja fizyczne; Ja moralno-etyczne; Ja prywatne; Ja rodzinne; Ja społeczne. W badaniu wykorzystany został wskaźnik dotyczący Ja fizycznego — chory określa obraz własnego ciała, stan zdrowia, wygląd fizyczny, sprawność fizyczną oraz seksualizm.

Przyjęto następujące hipotezy badawcze:

1. Grupa badana, leczona za pomocą chemioterapii, różni się obrazem ciała od grupy kontrolnej.
2. Grupa badana różni się poziomem samooceny od grupy kontrolnej.

Dodatkowo postawiono hipotezę dotyczącą grupy badanej:

3. Istnieje współzależność pomiędzy obrazem ciała a samooceną osób z grupy badanej.

Wyniki

HIPOTEZA 1. Grupa badana, leczona za pomocą chemioterapii, różni się obrazem ciała od grupy kontrolnej.

Obraz Ja fizycznego badany za pomocą testu Fittsa ujawnił istotne różnice między grupą badaną a kontrolną. Pacjenci hematologiczni po chemioterapii uzyskali znacznie niższy wynik w porównaniu z grupą kontrolną. Wartości uzyskane przez obie grupy przedstawiono poniżej, w tabeli 2.

Tabela 2. Wartości średniej (M), odchylenia standardowego (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności korelacji (p) w grupie badanej (gr. 0) i kontrolnej (gr. 1) i w Ja fizycznym

Test Fittsa	Grupa badana		Grupa kontrolna		t	p
	M0	Sd0	M1	Sd1		
Ja fizyczne	65,57	9,10	75,47	7,49	-4,60	0,00001

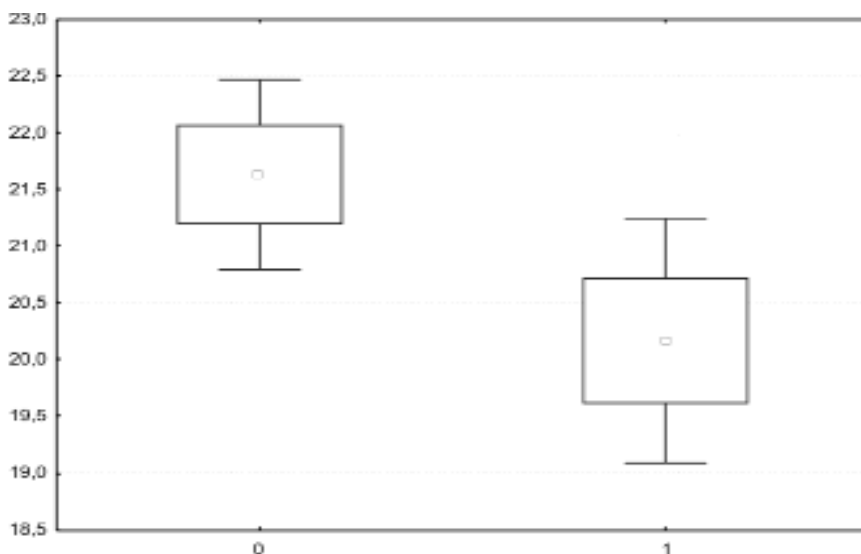
Źródło: wyniki własne

Hipotezę dotyczącą obrazu ciała potwierdza również wynik w Body Investment Scale, w podskali „troska i dbałość o ciało”, który jest wyższy w grupie badanej, poddanej leczeniu za pomocą chemioterapii, niż w grupie kontrolnej. W grupie badanej stwierdzono statystycznie istotnie wyższy wynik niż w grupie kontrolnej w zakresie troski i dbałości o ciało ($p < 0,05$). Wykazano w ten sposób istotną różnicę pomiędzy badanymi i ich stopniem troski o własne ciało, którą przedstawia tab. 3 i rys. 1 — na następnej stronie.

Tabela 3. Wartości średniej (M), odchylenia standardowego (SD) w grupie kontrolnej (gr. 1) i badanej (gr. 0) w Body Investment Scale.

Podskale	grupa badana		grupa kontrolna		t(58)	p
	Mo	SD0	M1	SD1		
Stosunek do ciała	11,23	3,22	11,87	2,61	-0,84	0,4063
Troska i dbałość o ciało	21,63	2,34	20,17	3,00	2,11	0,0393
Zdolność do ochrony ciała	20,50	2,85	21,10	2,73	-0,83	0,4086
Uczucie komfortu w kontakcie fizycznym	19,23	1,89	18,80	2,22	0,81	0,4186

Źródło: wyniki własne



Rys. 1. Średni poziom samopoczucia psychicznego, troski i dbałości o ciało (oś pionowa) w grupie badanej (gr. 0) i kontrolnej (gr. 1) — oś pozioma. Różnica istotna na poziomie $t = 2,11$ ($p = 0,0393$). Kwadrat oznacza średnią, prostokąt średnią \pm błąd standardowy, wąsy wyznaczają 95% przedział ufności.

Źródło: wyniki własne

HIPOTEZA 2. Grupa badana różni się poziomem samooceny od grupy kontrolnej.

Pacjenci z grupy badanej istotnie różnili się przeżywanymi emocjami i nastrojem od grupy kontrolnej, na co wskazują wyniki w tabeli 4, umieszczonej na następnej stronie.

Tabela 4. Wartości średniej (M), odchylenia standardowego (SD) w grupie kontrolnej (gr. 1) i badanej (gr. 0) w Kwestionariuszu Samopoczucia

Podskale	Grupa badana (n = 30)		Grupa kontrolna (n = 30)		t	p
	Mo	SD0	M1	SD1		
napięcie — niepokój	10,77	6,56	6,77	5,15	2,63	0,0110
depresja — przygnębienie	16,57	9,80	8,67	7,29	3,54	0,0008
gniew — wrogość	17,53	8,92	12,73	7,50	2,26	0,0278
wigor — aktywność	15,67	4,97	18,53	4,85	-2,26	0,0276
znużenie — inercja	12,13	6,19	9,10	5,87	1,95	0,0563
zakołopotanie — zmieszanie	5,80	3,23	3,43	3,30	2,81	0,0068

Źródło: wyniki własne

W grupie badanej stwierdzono statystycznie istotnie wyższe wyniki niż w grupie kontrolnej w następujących podskalach: napięcie — niepokój ($p < 0,05$), depresja — przygnębienie ($p < 0,05$), gniew — wrogość ($p < 0,05$) oraz zakołopotanie — zmieszanie ($p < 0,05$). W podskali wigor — aktywność ($p < 0,05$) grupa badana uzyskała natomiast wynik statystycznie istotnie niższy niż grupa kontrolna.

Tabela 5. Wartości współczynników korelacji (r) i poziomy istotności korelacji (p) pomiędzy Kwestionariuszem Samopoczucia a Ja fizycznym

Kwestionariusz Samopoczucia	Ja fizyczne	
	r	p
napięcie — niepokój	-0,65	$p = 0,0001$
depresja — przygnębienie	-0,60	$p = 0,001$
gniew — wrogość	-0,31	$p = 0,092$
wigor — aktywność	0,33	$p = 0,078$
znużenie — inercja	-0,48	$p = 0,007$
zakołopotanie — zmieszanie	-0,45	$p = 0,013$

Źródło: wyniki własne

HIPOTEZA 3. Istnieje współzależność pomiędzy obrazem ciała a samooceną osób z grupy badanej.

W grupie badanej zaobserwowano ujemną korelację pomiędzy stosunkiem do swojego ciała a poziomem napięcia czy niepokoju, co przedstawia tabela 5.

Ujemne korelacje w powyższej analizie oznaczają, iż wzrost poziomu Ja fizycznego wiąże się z niskimi wynikami w podskalach badających: napięcie — niepokój ($p < 0,05$), depresję — przygnębienie ($p < 0,05$), znużenie — inercję ($p < 0,05$) oraz zakłopotanie — zmieszanie ($p < 0,05$). Istotna korelacja pomiędzy wynikami Kwestionariusza Samopoczucia a obrazem Ja fizycznego potwierdza hipotezę zależności między samopoczuciem a obrazem ciała.

Korelacja pomiędzy Skalą Samooceny a pierwszą z podskal Body Investment Scale: „stosunek do ciała” ($p < 0,05$) jest dodatnia, co oznacza, że wzrost samooceny związany jest ze wzrostem pozytywnego nastawienia do swojego ciała. Istotna korelacja pomiędzy wynikiem Skali Samooceny a wskaźnikiem stosunku do ciała w Body Investment Scale potwierdza hipotezę dotyczącą zależności pomiędzy samooceną a stosunkiem do ciała. Uzyskane wyniki umieszczono w tabeli 6.

Tabela 6. Wartości współczynników korelacji i poziomy istotności korelacji pomiędzy Body Investment Scale a Skalą Samooceny Rosenberga

Test Fittsa	Grupa badana		Grupa kontrolna		t	p
	M0	Sd0	M1	Sd1		
Ja fizyczne	65,57	9,10	75,47	7,49	-4,60	0,00001

Źródło: wyniki własne

Omówienie wyników

W trakcie weryfikacji hipotezy dotyczącej obrazu własnego ciała u osób z chorobą onkologiczną po chemioterapii (grupa badana), u osób zdrowych (grupa kontrolna) zostały wykryte istotne różnice pomiędzy grupami. Dotyczą one troski i dbałości o ciało oraz obrazu Ja fizycznego. Wyniki takie oznaczają, że pacjenci onkologiczni, którzy zostali poddani leczeniu z użyciem chemioterapii, dbają o własne ciało w większym stopniu niż osoby zdrowe. Regularnie stosują środki do pielęgnacji ciała, co świadczy o większym stopniu zwracania uwagi na wygląd. Leczenie, któremu zostają poddani na oddziale hematologicznym, często staje się przyczyną wielu zmian skórnych — wybroczyn, skaz czy przesuszeń skóry, co może stanowić powód, dla którego grupa ta bardziej skupia się na ciele.

Na podstawie badań można też stwierdzić zdecydowanie uboższy obraz ciała u osób z chorobą onkologiczną, które zostały poddane chemioterapii. Niższy wynik w grupie badanej może mieć swoje źródła w mnogości efektów ubocznych chemioterapii, która powoduje zaburzenia m.in. w funkcjonowaniu fizjologicznym i poznawczym. Poza doznawanym bólem u osób tych dochodzi do wielu widocznych zmian, m.in. utraty włosów, wybroczyn skórnych, bledzi skóry czy dużych wahań masy ciała wskutek przyjmowanej chemioterapii, a także do somatyzacji wiążącej się z dużą presją psychiczną.

Uzyskane wyniki w podskalach Kwestionariusza Samopoczucia wskazują na istotne różnice w samopoczuciu między grupą badaną a grupą kontrolną.

W podskali napięcie — niepokój osoby z grupy badanej uzyskały średni wynik wyższy, niż w grupie kontrolnej. Oznacza to, iż pacjenci onkohematologiczni przyjmujący chemioterapię odczuwają większe napięcie i niepokój w porównaniu z osobami zdrowymi. Jest to prawdopodobnie związane nie tylko z samym leczeniem, lecz i ze zdiagnozowaniem trudno uleczalnego nowotworu.

Również w podskali depresja — przygnębienie średnia w grupie badanej wyniosła prawie dwa razy więcej niż w grupie kontrolnej. To największa różnica, jaka ujawniła się podczas badania za pomocą Kwestionariusza Samopoczucia. Świadczy ona o dużo częściej przeżywanym przygnębieniu u osób leczonych cytostatykami w związku z diagnozą onkohematologiczną. Przeżywane emocje mogą wiązać się zarówno z długotrwałym leczeniem, jak i ze świadomością postawionej diagnozy.

Wskaźnik złość — gniew — wrogość również okazał się wyższy w przypadku grupy badanej. Oznacza to, iż grupę tę cechuje wyższy poziom negatywnych emocji. Źródłem gniewu może być zarówno trud leczenia, bardzo wyczerpującego dla organizmu, jak i sama diagnoza nowotworu. Może to być również złość do samego siebie, swojego ciała, z trudnością radzącego sobie z leczeniem cytostatykami oraz uporczywością wielu efektów ubocznych chemioterapii.

Grupa badana po chemioterapii różni się także poziomem wigoru i aktywności od grupy kontrolnej. Wyniki mogą wskazywać na mniejszą energię życiową ludzi z chorobą onkohematologiczną leczonych za pomocą chemioterapii, a także niechęć do poszukiwania zajęć. Może to być spowodowane niemożnością podejmowania codziennych czynności, które chorzy zapewne wykonywali przed chorobą. Leczenie może okazać się wyczerpujące i odbierać wigor życiowy. Jest również prawdopodobne, że pacjenci oddziału hematologicznego nie mają możliwości realizacji jakichkolwiek aktywności z racji istotności leczenia i w związku z tym potrzeby przestrzegana wielu zasad bezpieczeństwa.

Wskaźnik zakłopotanie — zmieszanie też okazał się wyższy w grupie badanej, czego źródłem może być kilka czynników: po pierwsze — diagnoza, która zmienia znacznie sytuację życiową pacjenta, po drugie — chemioterapia, która sprawia, że nie jest on w stanie zapanować nad reakcjami swojego organizmu na skomplikowane leczenie, po trzecie — sytuacja, w której się sam znalazł i która znacznie zmieniła jego dotychczasowe życie. Te wszystkie prawdopodobne czynniki mogą stanowić przyczynę nie tylko zakłopotania, ale również problemów z odnalezieniem się w nowej, trudnej sytuacji.

Oceniając istotność i mnogość potwierdzonych wyników, można uznać za prawdziwą i potwierdzoną hipotezę drugą, mówiącą o istotnych różnicach w przeżywanych emocjach między chorymi poddanymi leczeniu cytostatykami a osobami z grupy kontrolnej.

Kolejna z hipotez — trzecia — zakładała zależność pomiędzy obrazem ciała a samooceną osób chorych poddanych chemioterapii. W trakcie jej weryfikacji wykryte zostały współzależności pomiędzy obrazem ciała, nastawieniem do niego a poszczególnymi wskaźnikami samopoczucia czy poczuciem własnej wartości.

Badanie zakładanej zależności Ja fizycznego od określonych wskaźników Kwestionariusza Samopoczucia ujawniło istotną korelację między obrazem ciała a podskala napięcie — niepokój, co oznacza, że w grupie badanej wzrost pozytywnego stosunku do swojego ciała wiąże się ze spadkiem poziomu napięcia czy niepokoju. Może to wskazywać na wiele negatywnych emocji przeżywanych przez chorych podczas leczenia, a między innymi na niepokój związany z diagnozą czy powodzeniem w leczeniu, który może powodować zubożenie obrazu ciała lub zmieniać nastawienie wobec swojego Ja fizycznego. Porównując Ja fizyczne z podskala depresja — przygnębienie otrzymano kolejną ujemną korelację, świadczącą o tym, że wyższy poziom przygnębienia może osłabić pozytywny stosunek do swojego ciała, określane przez Ja fizyczne. Można to rozumieć tak, że im więcej powodów do przygnębienia mają pacjenci po chemioterapii, tym bardziej negatywnie nastawieni są wobec swojego ciała, Ja fizycznego. Podskala zmęczenie — inercja koreluje z obrazem Ja fizycznego w podskali zakłopotanie — zmieszanie. Oznacza to, że wraz ze wzrostem zmęczenia i zakłopotania maleje poziom zadowolenia z własnego ciała. Może to być spowodowane zbyt wieloma negatywnymi emocjami i nastrojami, które towarzyszą osobie chorej podczas leczenia z zastosowaniem chemioterapii. Sama terapia oraz diagnoza mogą przyczyniać się do pojawienia się takich nastrojów, co może skutkować zubożeniem obrazu ciała, a zatem bardziej negatywnym stosunkiem do własnego ciała. Leczenie cytostatykami, które jest bardzo wyczerpujące dla organizmu, może również powodować zmęczenie psychiczne chorego.

Badano również współzależność pomiędzy poczuciem własnej wartości a stopniem nastawienia wobec ciała. Uzyskane wyniki pozwalają twierdzić, iż wzrost samooceny w grupie badanej związany jest ze wzrostem pozytywnego stosunku do swojego ciała. Może to oznaczać, iż osoby, które mają wyższą samoocenę, bardziej lubią swoje ciało.

Diagnoza nowotworu przyczynia się do wielu zmian w życiu człowieka — rezygnacji z pracy, długiego pobytu w szpitalu i wyczerpującego leczenia. Ogrom zmian wywołanych przez chemioterapię stanowi często bolesny problem dla chorych. Organizm, który walczy z nowotworem, poddany jest również walce z samym sobą. Trudno chorego przygotować do dobrego funkcjonowania w takiej sytuacji. Dlatego tak ważne jest, aby zwrócić uwagę na ścisłą zależność pomiędzy ciałem a psychiką chorych. Wszystkie zmiany fizjologiczne, które pojawiają się podczas trudnego leczenia, mogą stać się źródłem zmian w obrazie ciała i w samopoczuciu. Badanie dowiodło, że troska o własne ciało oraz stan samopoczucia podczas leczenia mają duże znaczenie w chorobach układu krwiotwórczego. Wyniki ukazały również zależność pomiędzy obrazem ciała a samooceną i samopoczuciem chorego. Warto więc pamiętać, że obydwie sfery — psychiczna i cielesna — wpływają na siebie również u osób z chorobą onkohematologiczną, a intensywne leczenie z wykorzystaniem chemioterapii znacznie obciąża organizm i psychikę chorego.

Większość z nas myśli o człowieku jako o wzajemnie oddziałujących na siebie siłach w postaci psychiki i ciała, przy czym nie wolno zapominać, iż tworzą one jedność. Wszystkie zmiany, których doświadcza ciało, zostają zarejestrowane również przez psychikę. Ból, nieodłączny element choroby, wpływa zarówno na to, co fizyczne, jak i na to, co psychiczne u człowieka. Z drugiej strony nastrój i emocje związane z diagnozą oraz leczeniem nowotworu nie pozostają obojętne dla ciała.

Wnioski

Na podstawie badań można stwierdzić zdecydowanie uboższy obraz ciała u osób z chorobą onkohematologiczną, które zostały poddane chemioterapii, w porównaniu z osobami zdrowymi.

1. Można przypuszczać, iż osoby chore poddane chemioterapii bardziej troszczą się i dbają o swoje ciało ze względu na duże ryzyko powikłań i konieczność zwracania uwagi na higienę w tym czasie.
2. Zmiany wywoływane intensywnym leczeniem cytostatykami mogą stać się jedną z przyczyn powstawania wielu negatywnych emocji i nastrojów.
3. Negatywne emocje przeżywane podczas leczenia z zastosowaniem chemioterapii mogą powodować zubożenia obrazu ciała i zmieniać nastawienie wobec swojego Ja fizycznego.
4. Istnieje zależność pomiędzy obrazem ciała a stosunkiem do niego: osoby z chorobą onkohematologiczną o wyższej samoocenie bardziej lubią swoje ciało.

Piśmiennictwo

1. Giddens A. Nowoczesność i tożsamość: Ja i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2001.
2. Szczepański MS, Gawron G, Ślęzak-Tazbir W. Ciało w społecznej percepcji. W: Szczepański MS, Pawlica B, Śliz A, Zarębska-Mazan A, red. Ciało spieniężone? Szkice antropologiczne i socjologiczne. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego; 2008, s. 55–75.
3. Grogan S. Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women, and children. London, New York: Routledge. Taylor and Francis Group; 2008.
4. Thompson JK. Introduction: body image, eating disorders, and obesity – an emerging synthesis. W: Thompson JK, red. Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment. Washington DC: American Psychological Association; 1996, s. 1–22
5. Stewart TM, Williamson DA. Assessment of body image disturbance. W: Thompson JK, red. Handbook of eating disorders and obesity. New York: Wiley; 2003, s. 495–514.
6. Brytek-Matera A. Obraz ciała — obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2008.
7. Kuleta M. Społeczno-kulturowe i osobowościowe uwarunkowanie obrazu własnego ciała. W: Kubacka-Jasiecka D, Kuleta M, red. W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008, s. 101–116.
8. Pendley JS, Dahlquist LM, Dreyer Z. Body image and psychosocial adjustment in adolescent cancer survivors. J. Pediatr. Psychol. 1997; 22(1): 29–43.
9. White CA. Body images in oncology. W: Cash TF, Pruzinsky T, red. Body images: A handbook of theory, research, and clinical practice. New York: Guilford Publications; 2002, s. 379–386.
10. DeFrank JT, Mehta CB, Stein KD, Baker F. Body image dissatisfaction in cancer survivors. Oncol. Nurs. Forum 2007; 34: 36–41.
11. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'onnfro C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problem in young women with breast cancer. Psycho-oncol. 2006; 15(7): 579–594.
12. Schwartz S, Plawecki HM. Consequences of chemotherapy on sexuality of patients with lung cancer. Clin. J. Oncol. Nurs. 2002; 6 (4): 212–216.

13. Krasuska M. Opieka w chorobie nowotworowej. Lublin: Wydawnictwo YOKAM; 1997.
14. Boyle P. Epidemiologia nowotworów. W: Pawlega J, red. Podręcznik onkologii klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Przeglądu Lekarskiego; 2001; s. 137–161
15. Dzwonkowska I, Lachowicz-Tabaczek K, Łaguna M. Samoocena i jej pomiar. Skala samooceny SES M. Rosenberga. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2008.
16. Orbach I, Mikulincer M, Body Investment Scale. Construction and validation of body experience. Psychol. Assessm. 1998; 10, 4: 415–425.
17. Dudek B, Koniarek J. Adaptacja testu D. M. McNaira, M. Lorra, L. F. Droppleman „Profile of Mood States”(POMS). Przegl. Psychol. 1987; 30 (3): 753–761.
18. Fitts WH. Tennessee Self-Concept Scale Manual. Nashville, Tennessee: Counselor Recordings and Tests; 1965.

Adres: a.k.tomasiewicz@gmail.com